

# ATENCIÓN

## Los Empleadores Son Requeridos a Proporcionar esta forma a cada Trabajador Lesionado

Llamada Gratis 1-800-332-0353  
Consultores de Reclamos/Ombudsman

O Escriba A:  
DIVISION OF WORKERS COMPENSATION  
800 SW JACKSON STREET, SUITE 600  
TOPEKA, KS 66612-1227

Si usted se ha lastimado en su trabajo, y tiene preguntas con respecto a los beneficios de la Compensación de Trabajadores, comuníquese con la **SECCIÓN DE CONSULTORES DE RECLAMOS/OMBUDSMAN** de la División de Compensación para Trabajadores de Kansas. Esta División mantiene personal especializado en proveer asistencia con problemas de reclamos y en dar información sobre estos a los trabajadores lastimados. Este personal le puede informar sobre los beneficios que un trabajador lastimado tiene derecho a recibir. También pueden asistirle en resolver los problemas con respecto a los beneficios que no se le están pagando a tiempo, al tratamiento médico, facturas de doctores que aún no se han pagado, y también con preguntas respecto a la cantidad del arreglo (settlement). En la División de Compensación de Trabajadores hay asistencia disponible en Español.

### ¿QUE HACER SI LE SUCEDE UN ACCIDENTE EN EL TRABAJO?

1. Avísele inmediatamente al empleador que usted se ha lastimado en su trabajo. **Dentro de 10 días del accidente.**
2. Siga las instrucciones del empleador con respecto al tratamiento médico, y siga las instrucciones del doctor.
3. Dentro de 200 días del accidente, o del último día en que le pagaron compensación por estar incapacitado, o en que recibió tratamiento médico autorizado, avísele al empleador **POR ESCRITO** que usted espera recibir los beneficios de compensación de trabajadores por su accidente. Aunque su empleador ya se haya informado del accidente, y ya le esté pagando los beneficios, usted puede perder el derecho de recibir compensación en el futuro, si no le avisa al empleador **POR ESCRITO**. Esta documentación es lo que se llama **AVISO POR ESCRITO (WRITTEN CLAIM)**. El Aviso Por Escrito se puede entregar al empleador de dos maneras diferentes: Se lo puede entregar en persona, y al mismo tiempo que se lo entrega, pídale un recibo. También se lo puede enviar por correo certificado, y el recibo será su prueba de que envió el Aviso Por Escrito.

**PROMEDIO DEL SUELDO SEMANAL:** Se calcula sumando lo siguiente: el sueldo básico, más un promedio de horas extras trabajadas por semana, mas el valor semanal de cualquier beneficio adicional que haya sido discontinuado.

**BENEFICIOS SEMANALES:** Los Beneficios se los paga la compañía aseguradora del empleador, o el programa interno de seguros del empleador. El trabajador lastimado no recibe compensación por la primera semana que este sin trabajar, **A MENOS QUE** esté sin trabajar por orden del doctor durante tres semanas consecutivas. El primer pago de compensación normalmente se le debe al trabajador al terminar el catorceavo día de estar sin trabajar. Un trabajador lastimado a causa del trabajo tiene derecho cada semana a una cantidad equivalente al 66 2/3% porciento del promedio de su sueldo semanal, hasta llegar a un máximo equivalente al 75% porciento del promedio de sueldos semanales designado por el Estado de Kansas. Estos beneficios son sujetos a cualquier cambio que ordene la legislatura del estado. Si el accidente resulta en una incapacidad permanente, la ley de compensación en Kansas le da derecho a otros beneficios adicionales.

**BENEFICIOS MEDICOS:** Un trabajador lastimado tiene derecho a todo servicio médico razonable y necesario para curar y aliviarle de los efectos del accidente. El empleador, tiene derecho a escoger el doctor para dar el tratamiento médico necesario. El trabajador tiene derecho de escoger los servicios de otro doctor no autorizado hasta llegar al límite máximo de \$500.00 dólares. El trabajador puede pedirle al Director de la Division de Compensación de Trabajadores el cambio de el doctor autorizado. Los gastos incurridos en viajes hechos para obtener tratamiento médico serán reembolsados según sean establecidos por la ley, siempre y cuando sean más de (5) cinco millas viaje redondo.

**RESPONSABILIDADES DEL EMPLEADOR:**

1. El empleador debe reportar cada accidente de los trabajadores a la División de Compensación de Trabajadores dentro de 28 días de la fecha del accidente, o de la fecha en que el empleador se haya dado cuenta del accidente, cuando el trabajador está completa o parcialmente incapacitado por lo que resta del día o del turno.
2. El empleador debe suministrar el pago de los reclamos sin cobrarles a los trabajadores.
3. El empleador debe exhibir un **AVISO** de Compensación al trabajador, preparado por el director.
4. El empleador debe pagar los beneficios de compensación aunque no tenga seguro.
5. En cuanto reciba aviso de un accidente, el empleador debe proporcionar al trabajador información por escrito para ayudarle a entender cuales son sus derechos y responsabilidades al obtener compensación.

**EL EMPLEADOR DEBE COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN  
PARA CADA TRABAJADOR LASTIMADO**

**SU RECLAMO SERA DIRIGIDO POR:**

Compañía: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_